ITEM 130 (ex-126) : LA PERSONNE ÂGÉE MALADE

Pathologies du sujet âgé

Maladies chroniques et poly-pathologies

- La fréquence des maladies chroniques et des polypathologies augmente avec l'âge : rend plus difficile le diagnostic des épisodes médicaux aigus et complexifie le raisonnement médical => Approche GLOBALE (diagnostic, prévention des complications, retentissement fonctionnel de ces pathologies, conservation de l'autonomie, devenir social)
- Parmi les **9 millions** de patient en ALD : **50%** ont **> 65 ans** et **1/3** ont **> 75 ans**

Maladies chroniques les plus fréquentes

- **HTA** : **> 50%** des personnes âgées
- **Diabète de type 2** : prévalence **> 20 %**
- **Maladies neurodégénératives** : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson… 30 %
- Complications de l'HTA et athérosclérose : **AVC, cardiopathie ischémique, AOMI, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale**
- **Cancers** : 20% des PA
- **Arthrose 30 %**
- **Insuffisance rénale : 20 %**
- **Trouble visuels 20 % / Trouble de l'équilibre 25 %**
- **Presbyacousie 35 %**
- **Fibrillation atriale 15 %**

Episodes médicaux aigus et événements stresseurs

→ Toujours **évaluer le poids des comorbidités** par des échelles avant la prise en charge des PA, les deux plus fréquentes : la *Cumulative Illness Rating Scale geriatric (CIRS-G)* et le *score de Charlson.*
→ Tout événement stresseur chez la personne âgée peut entraîner une décompensation fonctionnelle

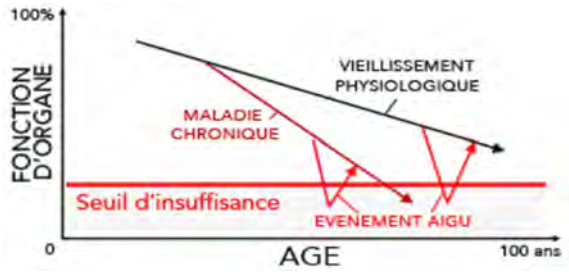
Evénement stresseur

- **Maladie aiguë** : infection, trouble du rythme, déshydratation, douleur …
- **Traumatisme physique** : chute, fracture…
- **Traumatisme psychique** : agression, conflit, maltraitance…
- **Environnemental** : vague de chaleur, changement d'environnement…
- **Iatrogène** : introduction d'un nouveau médicament, chirurgie…
- Episodes aigus les plus fréquents : **infection bactérienne respiratoire** ou **urinaire**, **déshydratation**, **anémie**, **troubles du rythme** (FA), **décompensation cardiaque, AVC, pathologie iatrogène**

Phénomène de « cascade »

= Une affection aiguë peut entraîner des **décompensations organiques** en série, jusqu'à la **défaillance multiviscérale**
- Organes particulièrement touchés : **fonction cérébrale corticale** (confusion, dépression) et **sous-corticale** (régression psychomotrice), **fonction cardiaque, fonction rénale, état nutritionnel** (déshydratation, dénutrition)

Diagramme de Bouchon (1+2+3 ou 1+3)



Maniement des médicaments

Particularités pharmacologiques

Baisse de la filtration glomérulaire et du flux sanguin rénal → **50%** d'IRC modérée > 75 ans	- Médicaments à élimination rénale : aminoside, fluoroquinolone, digoxine, valaciclovir, mémantine… - Médicaments diminuant le flux sanguin rénal : diurétique, IEC, AINS
→ du volume de distribution chez le sujet âgé de faible poids	→ Adaptation de posologie si poids < 50 kg
Hypoalbuminémie (dénutrition, inflammation)	- Médicaments fortement liés à l'albumine : AVK, AINS, valproate, fluoxétine, donépézil, sulfamides hypoglycémiants, phénytoïne, diazépam, ceftriaxone
Diminution du nombre ou de l'affinité des récepteurs tissulaires et enzymatiques (cytochrome P450)	- Médicaments à forte extraction hépatique : labétalol, propranolol, vérapamil, molsidomine, nifédipine
Modification de la répartition masse maigre/masse grasse	- Modifie l'absorption des **médicaments lipophiles**
↘ Acétylcholine cérébrale	- Sensibilité aux effets indésirables anticholinergiques : neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, antihistaminique, oxybutinine

<table>
<tr><td rowspan="4">Pathologies du sujet âgé</td><td rowspan="3">Maniement des médicaments</td><td>Effets 2ndr</td><td>→ En cause dans 10% des hospitalisations des sujets âgés
→ 40 à 60% des effets indésirables sont évitables
- Changement d'état passé inaperçu : dénutrition, déshydratation, infection, IRA…
- Surdosage : posologie inadaptée au poids, à la fonction rénale, à l'état d'hydratation
- Associations médicamenteuses déconseillées
- Traitement trop long
- Manque de surveillance
- Erreurs d'observance</td></tr>
<tr><td>Prévention</td><td>- Evaluation du bénéfice/risque de chaque médicament par la démarche DICTIAS : diagnostic bien établi ? indication conforme ? contre-indication ? tolérance ? interactions ? ajustement de posologie ? sécurité et suivi possible ?
- Optimisation de prescription : liste de Beers (médicaments potentiellement inappropriés), outil STOPP/START (prescription et non prescription inappropriée)</td></tr>
<tr><td>Omission de traitements utiles</td><td>= Sous-utilisation de médicaments recommandés chez le sujet âgé par crainte des effets indésirables ou fausses idées concernant l'effet : perte de chance
- Principalement : anticoagulant dans la FA, β-bloquant dans l'insuffisance cardiaque, antiagrégant et statine dans l'athérosclérose, traitements de l'ostéoporose</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Vulnérabilité, fragilité, syndromes gériatriques</td><td colspan="3">- Personne âgée robuste : vieillissement réussi
- Personne âgée pré-fragile
- Personne âgée fragile : risque d'évolution défavorable vers une dépendance croissante, une décompensation brutale ou une altération de la qualité de vie
- Personne âgée fortement dépendant : vie en institution ou soins à domicile</td></tr>
<tr><td>Critères de Fried</td><td colspan="2">= Marqueurs de fragilité : FdR d'évolution vers une décompensation fonctionnelle, une perte d'indépendance fonctionnelle, une institutionnalisation et un décès dans un délai de 1 à 3 ans
- Perte de poids involontaire > 4,5 kg en 1 an
- Force de préhension < 20e percentile (selon le sexe et l'IMC)
- Sentiment de fatigue et d'épuisement
- Vitesse de marche sur 4,5 m < 20e percentile (selon le sexe et la taille)
- Sédentarité : < 60 à 90 minutes de marche/semaine
→Catégorie : robuste si aucun critère, pré-fragile si 1 ou 2 critères, fragile si ≥ 3 critères
- Une vitesse de marche < 0,8 m/s : élément déterminant le plus important de la fragilité, prédit à elle seule la mortalité</td></tr>
<tr><td>Syndromes gériatriques</td><td colspan="2">= Situations pathologiques fréquentes chez les sujets âgés fragiles, présentant un risque de perte fonctionnelle et d'entrée en institution
- Evaluation gériatrique standardisée (EGS) : tests courts de screening, complétés par des tests plus long
<table>
<tr><th>Syndrome gériatrique</th><th>Test court</th><th>Test plus complet</th></tr>
<tr><td>Dénutrition protéino-énergétique</td><td>MNA-SF</td><td>MNA</td></tr>
<tr><td>Risque de chute</td><td>Station unipodale</td><td>Time up and go test</td></tr>
<tr><td>Dépression</td><td>Mini-GDS</td><td>GDS</td></tr>
<tr><td>Démence</td><td>Test de l'horloge, Codex</td><td>MMSE</td></tr>
<tr><td>Confusion mentale</td><td>CAM</td><td></td></tr>
<tr><td>Perte d'indépendance fonctionnelle</td><td>ADL, IADL simplifiée</td><td>Grille AGGIR, IADL, index Barthel</td></tr>
<tr><td>Risque d'escarre</td><td></td><td>Echelle de Braden, de Norton</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="5">Présentation des maladies</td><td>Symptômes absents</td><td colspan="2">- SCA sans douleur thoracique
- Infection sans fièvre
- Contracture abdominale remplacée par une défense
- Episode dépressif sans tristesse
- Ulcère gastroduodénal sans douleur, remplacé par une anorexie
- Confusion seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'une sub-occlusion sur fécalome
- Râles type ronchis seule signe auscultatoire d'un foyer de condensation pulmonaire</td></tr>
<tr><td>Polypathologie</td><td colspan="2">= Complique l'interprétation des symptômes habituels : douleur aiguë chez un douloureux chronique, confusion mentale chez un dément, douleurs abdominales chez un constipé chronique…</td></tr>
<tr><td>Signes aspécifiques</td><td colspan="2">- Présentation avec des signes généraux aspécifiques : asthénie, anorexie, malaise général…
- Signes à valeur d'orientation mal exprimés ou banalisés</td></tr>
<tr><td>Examen clinique</td><td colspan="2">- Rendu difficile par les déficiences : hypoacousie, BAV, troubles mnésiques, détérioration des fonctions cognitives, enraidissements articulaires…</td></tr>
<tr><td>Signes biologiques</td><td colspan="2">- Absence d'hyperleucocytose en cas d'infection patente chez un sujet immunodéprimé
- Créatininémie faussement normale malgré une insuffisance rénale chez le sujet âgé dénutri
- CRP très élevée (> 100) pour une infection bactérienne simple, reste élevée plus longtemps
- Diminution de la PaO_2 avec l'âge
- Augmentation des valeurs normales de ferritinémie chez la femme ménopausée
- Augmentation du taux plasmatique de BNP avec l'âge</td></tr>
</table>

	Particularités psychologiques	- Psychisme de la personne âgée malade : **crainte de la mort, angoisse, dépression** - **Peur exacerbée par la survenue de la maladie** (prise de conscience du vieillissement) - Conduites de fuite : . **Régression** avec **ralentissement psychique, confusion, troubles de la marche**… . Recherche de **maternage** et glissement vers un **état de dépendance** . **Refuge dans la maladie**
Spécificités de la prise en charge gériatrique	Démarche diagnostique et thérapeutique	**- Hiérarchisation des diagnostics** : privilégier les diagnostics « rentables » et les thérapeutiques pouvant aboutir à une amélioration réelle de l'état de santé et de la qualité de vie (intervention sur une arthrose de hanche ou une cataracte, pose d'un stimulateur cardiaque, appareillage d'une hypoacousie, traitement de la dépression, de la douleur, de la constipation…) **- Investigations discutables** : dépistage d'une hypercholestérolémie > 80 ans, recherche de MT chez un patient avec un cancer incurable, diagnostic de cancer de la prostate asymptomatique…
	Démarche préventive	- Traitement à visée préventive : **antihypertenseurs, anticoagulant** pour la FA, **statine** et **antiagrégant** pour l'athérosclérose, **traitement de l'ostéoporose**… - Vaccination recommandée : . **Rappels diphtérie-tétanos-polio** tous les 10 ans si ≥ 65 ans . **Vaccination antigrippale** 1 fois/an ≥ 65 ans . **Vaccination antipneumococcique** si insuffisance cardiaque ou respiratoire, ou vivant en institution . **Vaccination contre le zona** entre 65 et 75 ans
	Liaison avec le domicile	**- Soutien** ou **retour à domicile** : projet de soins et de vie, impliquant le personnel médical et paramédical, le patient et son entourage - **Intervention coordonnée de toute une équipe** : médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, diététiciens, psychologues, auxiliaires de vie - **Coordination avec le médecin traitant** indispensable